

ALLEGATO B

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DESTINATA AGLI UTILIZZATORI PROFESSIONALI DI PRODOTTI FITOSANITARI (PF)

La scheda di autovalutazione nasce dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, all'interno del Programma Predefinito PP07 "Prevenzione in Edilizia e Agricoltura" ed in particolare nel Piano per la sicurezza dei lavoratori del comparto agricoltura e nel Piano mirato di prevenzione relativo alla gestione dei PF e all'esposizione occupazionale e paroccupazionale. La sua compilazione e relativa restituzione ai Servizi PISLL territorialmente competenti rientra nell'attuazione delle attività di Assistenza svolte dal Dipartimento della Prevenzione ai fini della corretta gestione dei PF e della prevenzione dell'esposizione dei lavoratori e della popolazione generale.

La scheda è destinata alle figure datoriali, od agli operatori del settore agricolo, che operano in agricoltura e serve per raccogliere dati ed informazioni utili per comprendere l'attuale situazione in cui operano le aziende agricole che effettuano un utilizzo professionale dei PF o lavorazioni che possono indurre un'esposizione agli stessi prodotti (rientro in coltura, manutenzione). Può servire, inoltre, per una valutazione del reale utilizzo dei vari principi attivi ai fini della scelta di tracciati sui quali effettuare misurazioni.

La scheda è articolata in 11 sezioni: la sezione A è dedicata alla raccolta di informazioni generali, le successive si differenziano a seconda della tipologia di informazioni richieste. Gli spazi da compilare dall'operatore del settore agricolo sono riportati nell'ultima colonna di destra. Nel caso in cui un operatore del settore agricolo sia titolare di più Aziende oppure detenga appezzamenti di terreno diversi per localizzazione è pregato di compilare una scheda per ogni localizzazione in modo da poter rispondere correttamente anche sugli argomenti riguardanti l'ambiente circostante.

La compilazione della presente scheda dovrà far riferimento all'anno precedente rispetto alla data della compilazione stessa.

A Quadro conoscitivo		Spazio da compilare dall'operatore del settore agricolo
A1	Superficie totale in ettari	(ha) _____ (compilare)
A2	Superficie Agricola Utilizzata [SAU] in ettari	(ha) _____ (compilare)
A3	Localizzazione (Indicare solo il Comune di appartenenza)	Comune di _____ (compilare)
A4	Azienda con lavoratori subordinati?	SI/NO (barrare)
A5	Numero e tipologia di addetti	a tempo determinato n° _____ (compilare) a tempo indeterminato n° _____ (compilare)
A6	Riparto superficie aziendale per colture in ettari	Vite (ha) _____ Olivo (ha) _____ Seminativo (ha) _____ Ortaggi (ha) _____ Frutta (ha) _____ Vivali (ha) _____ Altro (ha) _____
A7	All'interno dell'Azienda ci sono coltivazioni in serra?	SI/NO (barrare) Se SI per quale tipologia di coltura? Coltura _____ (compilare)
A8	Metodi di difesa fitosanitaria applicati	Biologica SI/NO (barrare) Integrata SI/NO (barrare) Chimica SI/NO (barrare)
A9	Mansioni svolte dagli operatori	Trattamento SI/NO (barrare) Rientro in coltura SI/NO (barrare) Manutenzione Macchine e Utensili SI/NO (barrare) Condizione trattatrici SI/NO (barrare) Macchine operatrici SI/NO (barrare) Manutenzione DPI SI/NO (barrare)
A10	Per lo svolgimento delle attività lavorative viene fatto riferimento a documenti e/o procedure specifiche?	SI/NO (barrare) Se SI le procedure vengono revisionate periodicamente? SI/NO (barrare)
A11	La sorveglianza sanitaria dei lavoratori viene effettuata periodicamente?	SI/NO (barrare) Se SI con quale frequenza viene eseguita? _____ (compilare)
A12	Si è fatto ricorso a contoterzisti per la distribuzione dei PF?	SI/NO (barrare) Se SI per quale mansione? _____ (compilare)
A13	Si è fatto ricorso ad aziende in appalto per le operazioni manuali di rientro in coltura?	SI/NO (barrare) Se SI per quale mansione? _____ (compilare)
B Prodotti fitosanitari (PF) utilizzati		Spazio da compilare dall'operatore del settore agricolo
B1	Nome commerciale dei formulati utilizzati e quantità in kg su base annua	Allegare direttamente il registro dei trattamenti in forma anonima, da cui è possibile evincere il nome commerciale del prodotto, il quantitativo utilizzato ed il numero di registrazione del Ministero della Sanità
B2	Come vengono acquistati i PF?	Rivendita locale SI/NO (barrare) Tramite rappresentante SI/NO (barrare) Ordini OnLine SI/NO (barrare) Altro (compilare) _____
B3	Dove vengono conservati i PF?	Deposito SI/NO (barrare) Armadio SI/NO (barrare) Altro (Specificare) _____
B4	Come vengono smaltiti i contenitori vuoti dei PF?	Raccolta mediante ditta specializzata SI/NO (barrare) Altro (compilare) _____
C Valutazione dell'esposizione a PF		Spazio da compilare dall'operatore del settore agricolo
C1	All'interno della sua Azienda, negli ultimi 10 anni, sono state fatte indagini per la valutazione dell'esposizione a PF?	SI/NO (barrare) Se SI (specificare tipologia e mansioni interessate): _____
C2	I lavoratori sono sottoposti periodicamente al dosaggio di metaboliti di PF (monitoraggio biologico)?	SI/NO (barrare) Se SI quali metaboliti _____ (compilare)
D Dispositivi di protezione individuale (DPI)		Spazio da compilare dall'operatore del settore agricolo
D1	Quali tipologie di DPI vengono utilizzate?	Maschere SI/NO (barrare) Frequenza di sostituzione _____ (compilare) Guanti SI/NO (barrare) Frequenza di sostituzione _____ (compilare) Tuta SI/NO (barrare) Frequenza di sostituzione _____ (compilare) Stivali SI/NO (barrare) Frequenza di sostituzione _____ (compilare) Occhiali SI/NO (barrare) Frequenza di sostituzione _____ (compilare) Altro (specificare) _____ Frequenza di sostituzione _____ (compilare)
D2	Vengono verificate l'integrità e la manutenzione dei DPI e con quale frequenza?	SI/NO (barrare) Frequenza di verifica _____ (compilare)
D3	In caso vengano verificate l'integrità e la manutenzione dei DPI, in quale documento viene registrato il controllo?	(compilare) _____
E Infortuni e malattie professionali		Spazio da compilare dall'operatore del settore agricolo
E1	Nella sua Azienda sono accaduti infortuni sul lavoro negli ultimi cinque anni?	SI/NO (barrare) Se SI descrivere la tipologia _____
E2	Nella sua Azienda sono state diagnosticate malattie professionali negli ultimi cinque anni?	SI/NO (barrare) Se SI descrivere la tipologia _____
F Macchine usate per i trattamenti con PF e altre attività		Spazio da compilare dal Datore di lavoro o suo incaricato (specificare)
F1	Trattore	Cabinato SI/NO (barrare) La cabina è dotata di un sistema di filtrazione dell'aria in ingresso? SI/NO (barrare) Se SI descrivere la tipologia dei filtri _____ e frequenza di sostituzione _____ La cabina è dotata di un sistema di condizionamento dell'aria in ingresso? SI/NO (barrare) Controllo e sostituzione delle guarnizioni di tenuta della cabina: Frequenza controllo _____ (compilare) Frequenza di sostituzione _____ (compilare) In quale documento è riportato l'esito del controllo/sostituzione delle guarnizioni e dei filtri? (compilare) _____
F2		Tipologia macchina 1 _____ (compilare) Modalità e frequenza di manutenzione, taratura e verifica di conformità ex DM 22/01/2014 [PAN] _____ Tipologia macchina 2 _____ (compilare) Modalità e frequenza di manutenzione, taratura e verifica di conformità ex DM 22/01/2014 [PAN] _____ Tipologia macchina 3 _____ (compilare) Modalità e frequenza di manutenzione, taratura e verifica di conformità ex DM 22/01/2014 [PAN] _____
F3	Macchine irroratrici	Tipologia serbatoio 1 _____ (compilare) Volume in litri _____ (compilare) Serbatoio con dispositivo per il lavaggio dei contenitori dei PF SI/NO (barrare) Serbatoio con dispositivo per il carico automatico dei PF SI/NO (barrare) Tipologia serbatoio 1 _____ (compilare) Volume in litri _____ (compilare) Serbatoio con dispositivo per il lavaggio dei contenitori dei PF SI/NO (barrare) Serbatoio con dispositivo per il carico automatico dei PF SI/NO (barrare) Tipologia serbatoio 1 _____ (compilare) Volume in litri _____ (compilare) Serbatoio con dispositivo per il lavaggio dei contenitori dei PF SI/NO (barrare) Serbatoio con dispositivo per il carico automatico dei PF SI/NO (barrare)

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DESTINATA AGLI UTILIZZATORI PROFESSIONALI DI PRODOTTI FITOSANITARI (PF)

F4	Altre macchine (specificare)	Tipologia 1 _____ (compilare) Tipologia 2 _____ (compilare) Tipologia 3 _____ (compilare)
F5	Dove vengono lavate le attrezzature utilizzate per i trattamenti?	In luogo apposito _____ In campo SI/NO (barrare) (compilare)
G Rientro in coltura		Spazio da compilare dall'operatore del settore agricolo
G1	Vengono effettuate operazioni manuali su colture che possono contenere residui di PF (esclusa la raccolta)?	Tipo di coltura _____ SI/NO (barrare) (compilare) Tipologia 1 _____ (compilare) Tipologia 2 _____ (compilare)
G1 bis	Se SI che tipo di operazione viene svolta?	con DPI ore n° _____ (compilare) senza DPI ore n° _____ (compilare)
G1 ter	Tempo di rientro	SI/NO (barrare)
G2	Vengono praticate operazioni di raccolta su colture precedentemente trattate con PF?	Se SI su quale coltura _____ (compilare)
G2 bis	Tempo che intercorre dall'ultimo trattamento	giorni n° _____
G2 ter	Modalità di effettuazione della raccolta	manuale SI/NO (barrare) meccanizzata SI/NO (barrare) Se SI _____ (descrizione tipologia) Ruolo svolto dall'operatore (specificare) _____
H Percezione dei lavoratori		Spazio da compilare dall'operatore del settore agricolo
H1	Ha mai pensato di somministrare o ha già somministrato ai suoi lavoratori dipendenti un questionario sulle modalità di contenimento dell'esposizione a PF e su eventuali sintomi lamentati in seguito a manipolazione di PF?	Già fatto in passato SI/NO (barrare) Sarebbe interessato a distribuire un questionario ed a valutarne insieme gli esiti? SI/NO (barrare)
H2	Per quanto a sua conoscenza, i lavoratori lamentano o hanno lamentato disturbi in seguito alla manipolazione di PF?	SI/NO (barrare)
H2 bis	Tipologia di disturbi (specificare)	Tipologia 1 _____ (compilare) Tipologia 2 _____ (compilare)
I Igiene personale ed esposizione para-occupazionale		Spazio da compilare dall'operatore del settore agricolo
I1	I lavoratori fanno la doccia in Azienda prima di far rientro presso la propria abitazione?	Mai/Sempre/Sporadicamente (barrare)
I2	I lavoratori fanno il cambio degli abiti prima di far rientro presso la propria abitazione?	Mai/Sempre/Sporadicamente (barrare)
I3	I lavoratori fanno il cambio delle scarpe prima di far rientro presso la propria abitazione?	Mai/Sempre/Sporadicamente (barrare)
I4	I lavoratori utilizzano un mezzo proprio per recarsi sul posto di lavoro e far rientro presso la propria abitazione?	Mai/Sempre/Sporadicamente (barrare)
I5	Gli indumenti di lavoro vengono lavati in Azienda o presso la propria abitazione?	Azienda/Propria abitazione (barrare)
L Ambiente/Ambienti nei pressi dell'Azienda		Spazio da compilare dall'operatore del settore agricolo
L1	A che distanza si trova l'abitazione o altro ambiente di vita o di lavoro più vicino?	Distanze: Meno di 100 metri in linea d'aria SI/NO (barrare) Da 100 a 500 metri in linea d'aria SI/NO (barrare) Maggiore di 500 metri in linea d'aria SI/NO (barrare) Altro _____ (specificare) SI/NO (barrare) Se SI
L2	Ci sono appezzamenti di terreno coltivati limitrofi all'azienda?	Tipo di coltura 1 _____ (descrizione) Tipo di coltura 2 _____ (descrizione) Tipo di coltura 3 _____ (descrizione)
L3	Ci sono pozzi privati ad uso irriguo nel territorio dell'Azienda?	SI/NO (barrare)
L4	Ci sono pozzi privati ad uso potabile nel territorio dell'Azienda?	SI/NO (barrare)
L5	Ci sono fabbricati interni all'Azienda nei quali viene svolta attività diversa dalla coltivazione?	Se SI tipologia: Centro amministrativo SI/NO (barrare) Cantina SI/NO (barrare) Altro _____ (specificare)
L6	Ci sono barriere di qualsiasi tipo tra gli appezzamenti di terreno coltivati in Azienda e gli ambienti di cui ai punti L1, L2 e L5?	SI/NO (barrare) Se SI Tipologia 1 _____ (descrizione) Tipologia 2 _____ (descrizione) Tipologia 3 _____ (descrizione)
M Note aggiuntive		Spazio da compilare dall'operatore del settore agricolo
M1	Campo libero da compilare se ritenuto opportuno	(compilare) _____ _____ _____